ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–17 Date de publication : 1er septembre 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
CCMTMV et CCNI—VOYAGES, GRIPPE ET PRÉVENTION	F-1	141—145
PROGRÈS DE L'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE	F-4	145–147
MISE EN GARDE : PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB	F-5	147–148

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)* et Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)**

VOYAGES, GRIPPE ET PRÉVENTION

La grippe s'accompagne de fièvre, de maux de gorge, de myalgies, de toux, de lassitude et de céphalées. Les taux d'attaque annuels varient de 10 % à 20 %, mais ils peuvent être plus élevés pendant les épidémies importantes[1]. Après l'infection, les malaises peuvent durer plusieurs semaines. La morbidité et la mortalité imputables à la grippe sont plus importantes chez les personnes âgées[2] et chez les personnes qui souffrent d'autres maladies concomitantes. Ce sont ces groupes qui, dans le passé, ont été visés par les programmes d'immunisation[3,4].

La pandémie de grippe de 1918, qui a fait quelque 20 millions de victimes dans le monde entier, a imposé un lourd tribut, en termes de maladie et de décès, aux jeunes Canadiens qui étaient en bonne santé[5,6]. Aux États-Unis, on estime que la grippe entraîne la perte de millions de journées de travail[7] et 22 000 décès par année[8]. Une évaluation plus récente préconise un programme plus étendu de vaccination contre la grippe car on estime qu'un tel programme serait «avantageux sur le plan de la santé et du point de vue économique pour les travailleurs adultes en bonne santé»[9].

La vaccination antigrippale n'a pas été recommandée pour les personnes qui voyagent à l'étranger, à l'exception de celles pour qui cette mesure est normalement conseillée[3,4,10]. Les voyages et les voyageurs peuvent représenter une combinaison importante d'exposition au virus et de risque de grippe. Dans une étude, les symptômes de la grippe venaient au second rang après les dérangements gastro-intestinaux chez les passagers et l'équipage lors de vols commerciaux vers l'extrême est de la Russie[11]. S'il est vrai que les symptômes de la grippe n'étaient pas plus répandus dans ce groupe que dans l'ensemble de la population des États-Unis, le coût économique de la maladie imputable aux perturbations des déplacements, des voyages d'affaires et des vacances serait au moins aussi important que chez les personnes qui ne voyagent pas.

La saison de la grippe s'étend généralement de novembre à mars, dans l'hémisphère nord, et de mai à octobre, dans l'hémisphère sud. Dans les régions tropicales, il est possible d'isoler le virus pendant toute l'année, et des épidémies peuvent survenir à différentes périodes, notamment au cours des mois d'été. Le vaccin anti-grippal est distribué au début de l'automne, habituellement au mois de septembre, et il est formulé chaque année à partir des nouvelles souches virales attendues au Canada. En raison de l'inversion de la saison grippale dans l'hémisphère sud, le vaccin formulé en Amérique du Nord peut ne pas correspondre exactement aux souches transmises dans le sud, mais il offrira vraisemblablement une certaine protection contre certaines d'entre elles. Le vaccin est habituellement polyvalent. Le

* **Membres :** Dr W. Bowie; Dr L.S. Gagnon; Dr S. Houston; Dr K. Kain; Dr D. MacPherson (président); Dr V. Marchessault; Dr H. Onyett; Dr R. Saginur; Dr D. Scheifele (CCNI); Dr F. Stratton; Mme R. Wilson (CUSO).

Membres d'office : LCdr. D. Carpenter (MDN); Dr E. Gadd (DGPS); Dr B. Gushulak (Secrétaire); Dr H. Lobel (CDC); Dr A. McCarthy (LLCM et MDN); Dr S. Mohanna (DGSM); Dr M. Tipple (CDC).

** **Membres :** Dr D. Scheifele (président); Dr J. Spika (secrétaire général); N. Armstrong (secrétaire administrative) Dr F. Aoki; Dr P. DeWals; Dr E. Ford-Jones; Dr I. Gemmill; Dr S. Halperin.

Santé Canada Health Canada

Canada

vaccin de 1996-1997 sera formulé de manière à protéger contre trois souches émergentes de virus grippal.

Dès l'épidémie de peste qui a sévi au 14e siècle, soit en 1 348 à Venise, 1 377 à Rausa et 1 383 à Marseille, il était reconnu que le transport des personnes et des marchandises était associé à la transmission de la maladie[12]. La pratique de la «quarantaine» (isolement pour une période de 40 jours) a d'abord été adoptée en réponse à cette menace reconnue et à mené à la promulgation du *Règlement sanitaire international* par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 1951. Au cours des 45 dernières années, des changements importants sont survenus dans les voyages et les transports : plus de gens voyagent, plus de gens se trouvent habituellement dans un véhicule, les temps de déplacement sont réduits, les distances parcourues sont plus grandes, en particulier dans le cas du transport aérien. En outre, les gens se rendent dans des destinations plus variées et plus exotiques qu'auparavant.

Divers facteurs dont le nombre de personnes et la densité de la population, la vitesse des transports et les distances parcourues alliés aux risques posés par les maladies endémiques et la réceptivité de l'hôte soulèvent un certain nombre de nouvelles considérations sanitaires pour les voyageurs. Parmi ces considérations, il y a le risque de contracter des maladies nouvelles ou exotiques *pendant les voyages* **et** la possibilité que *les voyageurs* introduisent des maladies nouvelles ou exotiques dans des régions non endémiques (migrants).

Des éclosions de grippe ont été maintes fois décrites en rapport avec les voyages en train[13,14], en avion[15] et en bateau[16,17]. L'un des risques inhérents au fait de contracter la grippe pendant un voyage tient à ce que la souche virale n'aura pas encore été introduite dans le vaccin le plus récent. Ainsi, il est possible que les personnes vaccinées ne soient pas complètement protégées[8]. Des recommandations ont été faites concernant l'identification des personnes à «haut risque» qui se proposent de voyager à l'étranger afin qu'on puisse offrir la vaccination ou la chimioprophylaxie post-exposition à l'amantadine ou à la rimantadine à ces personnes de même qu'à leurs contacts admissibles[3,4,16,17]. Il existe des lignes directrices et des recommandations détaillées concernant l'usage de ces agents pour la chimioprophylaxie et le traitement[4].

La chimioprophylaxie n'est pas un substitut à la prévention par la vaccination, sauf dans les cas où le vaccin est contre-indiqué ou n'a pas été administré avant le début de l'activité grippale A. En pareille situation, les groupes cibles particuliers seraient les personnes à haut risque de morbidité ou de mortalité due à la grippe de type A, celles qui prodiguent des soins aux personnes à risque, celles qui présentent une déficience immunitaire et qui devraient par conséquent avoir une réponse inadéquate au vaccin et les autres personnes qui souhaitent prévenir la grippe de type A, pour qui la décision de recourir à la chimioprophylaxie serait prise au cas par cas. Il peut s'agir d'une option thérapeutique pour certains voyageurs exposés aux souches endémiques du virus grippal A, notamment dans le cas de voyages très longs à bord de certains bateaux ou trains.

Il existe des modèles mathématiques de la propagation régionale[10,18] et mondiale[19] de l'épidémie de grippe. Ces modèles sont fondés sur l'observation de la propagation de la grippe et sur certaines hypothèses relatives aux migrations de populations et à la contagiosité du virus. Le modèle européen de la propagation des épidémies de grippe indique qu'une fois le virus introduit dans une population réceptive, le temps dont disposent les autorités sanitaires pour intervenir est probablement très court, vraisemblablement moins d'un mois, après la découverte d'un foyer d'épidémie[20]. Une propagation aussi rapide limiterait considérablement l'efficacité de la vaccination en tant que mesure préventive.

Les études prospectives n'ont pas permis de démontrer la capacité du vaccin de prévenir ni de retarder l'introduction de la grippe à l'échelle d'une population. Les déplacements massifs de gens à l'intérieur des pays et entre ceux-ci rendent de telles études difficiles à réaliser. Certains chercheurs ont montré l'existence d'une immunité collective après la vaccination antigrippale[21-24]. La plupart de ces études ont été réalisées dans des milieux relativement restreints et fermés comme des foyers de soins infirmiers. Une étude a laissé entendre que l'immunisation augmentait l'immunité collective contre la grippe à l'échelle de l'État[24].

Résumé

Il existe trois raisons possibles de vacciner contre la grippe : 1) protéger la santé de l'individu ; 2) prévenir les épidémies et 3) prévenir la propagation de la maladie d'une région à l'autre.

Étant donné les bienfaits démontrés de la vaccination anti-grippale chez les personnes à haut risque[2,4-8], les personnes vivant dans un milieu relativement clos[21-23], et maintenant chez la population jeune et en santé[9], les risques individuels observés de contracter la grippe qui sont associés aux transports en commun[13-17], et le rôle éventuel des transports rapides dans la propagation de la grippe[18-20], il a été décidé de faire les recommandations suivantes pour la prévention de la grippe chez les voyageurs.

Recommandations

1. La primo-vaccination de routine contre la grippe de la population réceptive devrait être effectuée conformément aux recommandations du CCNI[3,25] en fonction des prévisions relatives aux souches endémiques et épidémiques de virus grippal. Ces recommandations sont faites indépendamment des intentions de voyage. Les instructions concernant l'usage du vaccin, en particulier en ce qui concerne les contre-indications et les effets indésirables de la vaccination, devraient également être conformes aux recommandations générales du CCNI relatives à la vaccination anti-grippale[3].

   Catégorie de la médecine fondée sur des preuves[26] : Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation. Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé. (AI)

2. La vaccination anti-grippale avant le départ en vue de la prévention de la maladie chez les voyageurs devrait être envisagée pour toute personne qui quitte le Canada durant la saison locale de transmission de la grippe.

   Catégorie de la médecine fondée sur des preuves : Preuves acceptables pour recommander l'utilisation. Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes et d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives. (BII)

3a. Vaccination anti-grippale avant le départ* pour la prévention de la maladie chez les voyageurs devrait être offerte à tout voyageur en partance du Canada qui sera exposé durant la saison de transmission de la grippe **à destination****. Cette mesure pourrait également permettre de réduire ou de retarder l'importation de la grippe au Canada au retour du voyage. Les médecins de première ligne et les cliniques de santévoyage devront donc faire un effort particulier pour avoir en stock le vaccin anti-grippal en dehors des mois d'automne, période où il est habituellement utilisé au Canada.

Catégorie de la médecine fondée sur des preuves : Preuves acceptables pour recommander l'utilisation. Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes et d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives. (BII)

3b. Afin de réduire le risque de grippe chez l'individu, les Canadiens qui se trouvent à l'étranger et qui rentreront au Canada en provenance d'une zone où il y a transmission de la grippe et qui n'ont pas été vaccinés ou ne pouvaient l'être **devraient envisager de se faire vacciner pendant leur séjour à l'étranger et avant de rentrer au Canada**. Cette mesure aurait pour effet de réduire ou de retarder le risque d'introduction de la grippe au Canada à leur retour.

Catégorie de la médecine fondée sur des preuves : Preuves acceptables pour recommander l'utilisation. Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes et d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives. (BII)

Références

1. LaForce LM, Nichol KL, Cox NJ. *Influenza: virology, epidemiology, disease, and prevention*. Am J Prev Med 1994;10(Suppl):31-44.
2. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J et coll. *The efficacy and cost-effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community*. N Engl J Med 1994;331:778-808.
3. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation 1993*. 4e éd., Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 1993:58-63. (Approvisionnements et Services, n° de cat. H49-8/1993F.)
4. CDC. *Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Prevention and control of influenza*. MMWR 1996;45(RR-5):1-24.
5. Pettigrew E. *Flu comes to Canada, and in its wake*. Dans: Pettigrew E. *The silent enemy. Canada and the deadly flu of 1918*. Saskatoon : Western Producer Prairie Books, 1983.
6. Stevens KM. *The pathophysiology of influenzal pneumonia in 1918*. Perspect Biol Med 1981;25:115-25.
7. Gross PA. *Preparing for the next pandemic: a reemerging infection*. Ann Intern Med 1996;124:682-85.
8. Riddiough MA, Sisk JE, Bell JC. *Influenza vaccination: cost-effectiveness and public policy*. JAMA 1983;249:3189-95.
9. Nichol KL, Lind A, Margolis KL et coll. *The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults*. N Engl J Med 1995;333:889-93.
10. Hill DR. *Immunizations for foreign travel*. Yale J Biol Med 1992;65:293-315.
11. Beller M, Schloss M. *Self-reported illness among travelers to the Russian Far East*. Public Health Rep 1993;108:645-49.
12. Dorolle P. *Old plagues in the jet age. International aspects of present and future control of communicable disease*. Br Med J 1968;4:789-92.
13. Taylor PJ, Pocock SJ. *Commuter travel and sickness absence of London office workers*. Brit J Prev Soc Med 1972;26:165-72.
14. Hogbin V. *Railways, disease and health in South Africa*. Soc Sci Med 1985;20:933-38.
15. Moser MR, Bender TR, Margolis HS et coll. *An outbreak of influenza aboard a commercial airliner*. Am J Epidemiol 1979;110:1-6.
16. CDC. *Outbreak of influenza-like illness in a tour group — Alaska*. MMWR 1987;36:697-98, 704.
17. CDC. *Acute respiratory illness among cruise-ship passengers — Asia*. MMWR 1988;37:63-6.
18. Flahault A, Letrait S, Blin P et coll. *Modelling the 1985 influenza epidemic in France*. Stat Med 1988;7:1147-55.
19. Rvachev LA, Longini IM. *A mathematical model for the global spread of influenza*. Math Biosci 1985;75:1-22.
20. Flahault A, Deguen S, Valleron AJ. *A mathematical model for the European spread of influenza*. Eur J Epidemiol 1994;10:471-74.
21. Arden N, Monto AS, Ohmit SE. *Vaccine use and the risk of outbreaks in a sample of nursing homes during an influenza epidemic*. Am J Public Health 1995;85:399-401.
22. Patriarca PA, Weber JA, Parker RA et coll. *Risk factors for outbreaks of influenza in nursing homes. A case-control study*. Am J Epidemiol 1986;124:114-19.
23. Gross PA, Rodstein M, LaMontagne JR et coll. *Epidemiology of acute respiratory illness during an influenza outbreak in a nursing home. A prospective study*. Arch Intern Med 1988;148:559-61.
24. Nelson DB, Inhorn SL. *Influenza surveillance of Wisconsin (USA) population-detection of A/New Jersey by isolation and serologic monitoring and vaccine evaluation*. Dev Biol Stand 1977;39:429-36.
25. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1996-1997*. RMTC 1996;22:89-97.
26. MacPherson DW. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves*. RMTC 1994;20:145-47.

* Si le vaccin offert au Canada n'englobe pas les souches virales qui sont transmises à l'endroit et au moment où le voyageur se trouvera à risque, celui-ci devrait envisager d'obtenir le vaccin approprié, s'il est offert et peut être administré en toute sécurité, une fois arrivé à destination.

** **NOTE:** La saison grippale varie d'une région à l'autre dans le monde. Il est recommandé de vérifier auprès du médecin-hygiéniste local ou des autres sources d'information en santé publique (OMS, LLCM FaxLink (613) 941-3900) pour obtenir de l'information sur l'activité grippale et les saisons de transmission dans le monde entier.

PROGRÈS DE L'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

Introduction

Pour la première fois depuis qu'existent des statistiques mondiales sur la lèpre, le nombre de patients inscrits pour un traitement dans le monde est tombé en dessous d'un million. Et ce qui est plus important encore, presque tous les cas enregistrés ont désormais accès à la polychimiothérapie (PCT). Grâce à une meilleure couverture, les programmes d'élimination de la lèpre ont à leur tour permis d'améliorer la détection des cas et entraîné une augmentation progressive de la couverture par la PCT qui est passée de 76 % à 91% l'an dernier. Le nombre élevé de malades en attente d'un traitement approprié s'en est donc trouvé sensiblement réduit et le décalage entre le nombre estimé de cas et le nombre de cas inscrits pour un traitement diminue progressivement. Toutefois, il faut reconnaître que, dans certains pays, les malades sont encore nombreux à ne pas pouvoir se faire facilement examiner et traiter; ceci pourrait faire obstacle à l'élimination de la lèpre aux niveaux national et régional dans un certain nombre de pays à forte endémicité.

La prévalence de la lèpre dans le monde a été réduite de 28 % entre 1995 et 1996, contre 27 % entre 1994 et 1995. Ces réductions peuvent s'expliquer par la conjonction de plusieurs facteurs, à savoir une mise en œuvre plus étendue de la PCT, un traitement de durée déterminée et la mise à jour des registres de la lèpre.

Prévalence estimée

En l'absence de moyens de mesure précis de l'infection, et si l'on considère que le diagnostic de la lèpre est essentiellement clinique, il est assez difficile d'estimer la prévalance réelle de la lèpre dans le monde. Les estimations qui figurent dans le présent rapport reposent sur des données fournies par les responsables des programmes nationaux à partir des chiffres enregistrés, compte tenu de la couverture assurée par les services de santé et du degré de mise en œuvre de la PCT. Malgré les limites, on pense que les estimations effectuées au niveau mondial sont suffisamment exactes pour permettre de choisir les priorités et planifier une intensification des activités aux niveaux national et régional.

Les estimations pour 1996 font apparaître quelque 1,3 million de cas de lèpre dans le monde. On estime qu'il reste encore à détecter plus de 330 000 cas de lèpre, dont 50 % environ en Asie. C'est notamment dans les pays où la couverture par les services antilépreux est insuffisante que l'on signale les décalages les plus importants entre le nombre de cas estimés et le nombre de cas enregistrés.

Prévalence enregistrée

Entre 1995 (1 286 932 cas) et 1996 (926 259 cas), on a constaté une réduction sensible du nombre de cas enregistrés dans le monde (-28 %); cette réduction a été observée dans la totalité des pays et des régions d'endémie à l'exception de la Guinée, du Soudan et de Madagascar. Au cours des 10 dernières années, la lèpre a reculé de 83 % dans le monde, ce recul n'ayant été par contre que de 60 % dans la Région des Amériques.

Le taux de prévalence mondial des cas enregistrés est passé de 2,3 à 1,7 pour 10 000 habitants entre 1995 et 1996. Toutefois, dans les 16 pays les plus touchés, le taux de prévalence demeure à 4,5 pour 10 000, c'est-à-dire, 5 fois plus que l'objectif visé (moins d'un cas pour 10 000 habitants).

Détection des cas de lèpre

Depuis 1993, on dépiste moins de cas de lèpre au niveau mondiale, encore que cette tendance soit difficile à l'interpréter. Le recul s'observe dans toutes les Régions de l'OMS à l'exception des Amériques.

Les taux annuels de détection restent très élevés dans certains pays ou certaines régions d'un pays donné. On ne sait pas exactement dans quelle mesure cet état de choses reflète la forte transmission qui s'y produit, mais ces pays ou régions auront du mal à atteindre leur objectif d'élimination dans les délais et devront faire l'objet d'une attention particulière.

Résultats de la PCT

Au début de 1996, plus de 90 % des patients enregistrés étaient sous PCT et jusqu'ici, environ 8 millions de personnes ont été guéries grâce à ce traitement. En 1995, plus de 1,5 million de malades anciens et nouveaux, étaient sous PCT. Le tableau 1 précise la couverture par la PCT assurée aux malades enregistrés aux niveaux mondial et régional.

Tableau 1
Cas de lèpre enregistrés et couverture par la polychimiothérapie (PCT), par Région OMS, 1996

Région OMS	Cas enregistrés	Prévalence pour 10 000 habitants	Cas sous PCT	Couverture par la PCT (%)	Guérisons par la PCT (total cumulé)
Afrique	95.901	1.77	87.739	91.5	443.610
Amériques	123.537	1.64	93.004	75.3	225.450
Asie du Sud-Est	651.562	4.72	610.669	93.7	7.059.925
Méditerranée orientale	23.005	0.54	19.083	83.0	52.784
Pacifique occidental	32.254	0.20	31.943	99.0	206.635
TOTAL	**926.259**	**1.67**	**842.438**	**91.0**	**7.988.404**

Ces chiffres mettent bien en lumière les progrès importants réalisés en l'espace de 2 ans, soit une couverture par la PCT de 91 % en 1996 contre 55 % en 1994. Cette augmentation est la conséquence de l'efficacité et de l'acceptabilité de la PCT qui est parfaitement normalisée et de durée déterminée. Le nombre d'échecs thérapeutiques et de rechutes reste très faible. On n'a jamais signalé de cas de pharmacorésistance à la PCT. Une observance optimale du traitement a pu être obtenue grâce à la fourniture de médicaments en quantité suffisante au niveau périphérique et à la gratuité du traitement.

Progrès de l'élimination de la lèpre

La lèpre demeure un problème de santé publique dans 60 pays ou territoires, mais 90 % des cas de lèpre dans le monde surviennent dans 16 pays seulement.

Conclusion

La stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique a déjà eu des effets significatifs: un recul constant et spectaculaire de la morbidité, une priorité croissante accordée aux activités antilépreuses dans la plupart des pays d'endémie, la fourniture gratuite de médicaments pour la PCT par l'intermédiaire de l'OMS aux pays qui en ont besoin, et une attention particulière accordée aux populations difficiles à atteindre. Les bénéfices immédiats de cette stratégie et ces résultats encourageants ne doivent pas masquer le fait que des obstacles considérables restent à surmonter dans certaines régions du monde pour éliminer la lèpre.

Source: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 20, 1996.*

Lutte anti-infectieuse

MISE EN GARDE : PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

La Division des infections nosocomiales et de la santé au travail et la Division des agents pathogènes à diffusion hématogène, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, ont reçu des demandes de renseignements concernant les méthodes récentes de lutte anti-infectieuse pour les patients atteints de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ). Le *Guide de prévention des infections : techniques d'isolement et précautions*, publié en 1992, contient des recommandations pertinentes. On travaille actuellement à la révision de ce guide, y compris les recommandations concernant la MCJ. D'autres gouvernements et organismes ont publié des guides de prévention de la MCJ[1-6] qui contiennent de renseignements utiles.

On sait pertinemment que l'agent de la MCJ peut être transmis aux humains. Tous les cas relevés étaient dûs soit à une exposition directe du cerveau à l'agent de la MCJ (par exemple, par suite d'une greffe de dure-mère), ou a une exposition par la voie périphérique, par suite de l'injection d'un produit dérivé du cerveau humain (hormone hypophysaire) qui était contaminé par l'agent étiologique de la MCJ.

Des cas de MCJ ont été observés parmi les professionnels de la santé, mais il n'existe aucune donnée épidémiologique démontrant que cette catégorie de travailleurs est plus exposée à contracter la MCJ. Il est néanmoins important de prendre des mesures pour réduire au minimum l'exposition des professionnels de la santé.

On recommande l'utilisation de précautions spécifiques dans le cas des patients qui sont atteints ou qu'on soupçonne d'être atteints de la MCJ, ou encore qui sont beaucoup plus susceptibles de développer cette maladie [c.-à-d. les personnes qui ont reçu de l'hormone hypophysaire (hormones de croissance et gonadotrophine) ou une greffe de dure-mère ou les personnes apparentées par le sang à une personne atteinte de la MCJ familiale].

On n'a trouvé aucune preuve de la transmission de la MCJ par des patients qui sont asymptomatiques et qui ne sont pas plus susceptibles de développer cette maladie (voir le paragraphe précédent). Par conséquent, il n'est pas nécessaire de prendre les précautions qui s'appliquent spécifiquement à la MCJ avec ces patients.

Le diagnostic clinique de la MCJ peut se révéler difficile, surtout au début de la phase clinique ou si le tableau clinique est atypique. Il est difficile de déterminer les mesures de lutte anti-infectieuse à recommander dans le cas des patients qui ont une maladie neurologique non diagnostiquée, en particulier une maladie neurodégénérative. Les lignes directrices établies par d'autres gouvernements ne sont pas uniformes. Selon les lignes directrices en vigueur au Royaume-Uni[1], ces patients ne sont pas un groupe à risque nécessitant l'utilisation des précautions qui s'appliquent spécifiquement à la MCJ. Selon les lignes directrices en vigueur en Australie[2], un patient qui est atteint d'une maladie neurologique évolutive non diagnostiquée, dégénérative ou non, est considéré comme à risque accru mais non à risque élevé de MCJ, et certaines précautions spécifiquement applicables à cette maladie sont recommandées. Le LLCM examine actuellement cette question en détail en collaboration avec des conseillers de l'extérieur.

Les organismes ou les professionnels de la santé qui désirent discuter des précautions qui s'appliquent spécifiquement à la MCJ peuvent communiquer avec le personnel du LLCM, au (613) 952-9875.

Références

1. Advisory Committee on Dangerous Pathogens. *Precautions for work with human and animal spongiform encephalopathies*. Londre : HMSO, 1994.
2. National Health and Medical Research Council. *Creutzfeldt-Jakob disease and other human spongiform encephalopathies: guidelines on patient management and infection control*. Australie : Australian Government Publishing Service, 1995.
3. Budka H, Aguzzi A, Brown P et coll. *Tissue handling in suspected Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) and other human spongiform encephalopathies (prion diseases)*. Brain Pathol 1995;5:319-22.

4. Bell JE, Ironside JW. *How to tackle a possible Creutzfeldt-Jakob disease necropsy*. J Clin Pathol 1993;46:193-97.
5. Committee on Health Care Issues, American Neurological Association. *Precautions in handling tissues, fluids, and other contaminated materials from patients with documented or suspected Creutzfeldt-Jakob disease*. Ann Neurol 1986;19:75-7.
6. Steelman VM. *Creutzfeldt-Jakob disease: recommendations for infection control*. Am J Infect Control 1994;22:312-18.

Source : *Division des agents à diffusion hématogènes et Division des infections nosocomiales et du travail, Bureau des maladies infectieuses, LLCM (Ottawa).*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r^ John Spika (613) 957-4243
D^r^ Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Editique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne Télécopieur : (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.